62

SOBRE ALGUNAS
ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

OBSERVACIONES CLÍNICAS.

TÉSIS PARA EL DOCTORADO

POR

DON JUAN SANTOS FERNANDEZ,

Director de una Clínica de enfermedades de los ojos
en la provincia de Toledo, ex-alumno de la que es hoy Instituto Oftálmico de Madrid,
ex-ayudante de la del Dr. Galezowski en París, miembro de la Sociedad Anatómica,
de la Antropológica, de la de Historia Natural, y del Ateneo propagador de
Ciencias Naturales, corresponsal y colaborador del Anfiteatro
Anatómico Español en París.



PARIS.—1874.



SOBRE ALGUNAS
ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

OBSERVACIONES CLÍNICAS.

TÉSIS PARA EL DOCTORADO

POR

DON JUAN SANTOS FERNANDEZ,

Director de una Clínica de enfermedades de los ojos
en la provincia de Toledo, ex-alumno de la que es hoy Instituto Oftálmico de Madrid,
ex-ayudante de la del Dr. Galezowski en París, miembro de la Sociedad Anatómica,
de la Antropológica, de la de Historia Natural, y del Ateneo propagador de
Ciencias Naturales, corresponsal y colaborador del Anfiteatro
Anatómico Español en París.



PARIS.—1874.

AL EXCMO. SR. D. FRANCISCO CALDERON Y KÉSSEL,

Marqués de Casa Calderon, Gran Cruz de la Real y distinguida Orden de Cárlos III, Coronel de Milicias disciplinadas de la Habana, Director de la Casa de dementes de la Isla de Cuba.

A MI QUERIDO MAESTRO,

EL DISTINGUIDO ANATÓMICO ESPAÑOL,

DR. D. PEDRO GONZALEZ DE VELASCO.

A MIS QUERIDOS PADRES Y HERMANOS.

AL DR. D. VICENTE DE LA GUARDIA Y MADAN,

Médico del Hospital de San Felipe y Santiago en la Habana, miembro de la Sociedad Anatómica, de la Antropológica y de la de Historia Natural.

DÉBIL TESTIMONIO DE AMISTAD Y GRATITUD.

Observa y aprenderás.

Ilmo. Sr:

Los estudios médicos pueden dividirse en dos secciones principales: teóricos y prácticos; si bien es verdad que desde el príncipio de nuestros estudios se nos inculca la práctica, siendo ayudantes en los hospitales, y más tarde se nos exige la asistencia á ellos. Tambien es verdad que cuando comparecemos ante el Tribunal que nos vá á conceder la autorizacion de curar, el acopio de ciencias que á él traemos, es el fruto del estudio en los libros, de la atencion á los maestros, pero nunca el resultado de observaciones propias. Más tarde, cuando nos colocamos en presencia de un Cláustro para obtener un título honorífico que nos dá el derecho á diversas aspiraciones, parece lógico que ofrezcamos á los dignos maestros que nos escuchan, la suma de nuestras propias investigaciones, pocas ó muchas, pobres ó ricas, segun la talla científica del que las ofrece.

Pigmeo en las ciencias médicas, no abrigo la pretension de haber escogido un tema del todo nuevo, ni lo que es más difícil, de rejuvenecer cualquiera de los ya tratados, con las galas de la novedad hábilmente investigada en el cerrado arcano de la naturaleza.

Vengo á exponeros simplemente y con la mayor brevedad posible mis observaciones clínicas recogidas en los años que he permanecido siendo ayudante en una de las principales Clínicas oftalmológicas de París, así como

igualmente alguna de las de mi consulta de enfermedades de los ojos en la provincia de Toledo.

Muchas de estas observaciones las hemos publicado en el *Anfiteatro Anatómico Español*, periódico de esta córte, y algunas en el *Recueil D'Ophtalmologie* du Dr. Galezowski (París), permitiéndonos no variar en nada la manera con que fueron redactadas, siquiera por no exponernos á desfigurar la veracidad de los hechos, único mérito que concedemos á este humilde trabajo.

Pasaremos á ocuparnos de un caso de astigmatismo regular á consecuencia de un estafiloma esférico transparente de ambas córneas, y al parecer debido á un gerontoxon.

La refraccion del ojo puede ser, en general, representada exactamente por dos meridianos, que se cruzan en ángulo recto: cuando la refraccion de estos dos meridianos, llamados vertical y horizontal, no es de igual fuerza, los rayos luminosos forman focos á distancias diferentes de la retina, constituyendo lo que Donders el primero llamó astigmatismo. Será regular, y podrá ser corregido, por medio de cristales cilíndricos, cuando la diferencia de refraccion se extiende á todo un meridiano. Por el contrario, cuando ésta ocupa diversas partes de un mismo meridiano, toma el nombre de irregular, como acontece en el estafiloma cónico pelúcido, en el que la parte central de la córnea presenta una convexidad exagerada en relacion á la periferia; para esta clase de astigmatismo son impotentes los medios hasta hoy conocidos. Tanto uno como otro puede depender, ya sea del cristalino, como parece haberlo demostrado Young con su curioso experimento, y segun se ha observado alguna vez despues de la aparicion de la catarata, ya sea de la córnea, que es lo más frecuente, y debido tal vez á la naturaleza misma de esta membrana ó á su posicion.

El caso que nos ocupa es un astigmatismo regular que puede colocarse en este último género. Nos parece digno de atencion por la gravedad de su pronóstico. á pesar de habérsele devuelto al enfermo la vision casi perfecta por medio de los cristales cilíndricos, así como tambien por su

etiologia, que, como sucede frecuentemente en medicina, no es fácil precisarla.

Observacion I.ª R. Ferrandez, de 38 años de edad, natural de Valencia, casado, y de oficio pintor, se presentó á la Clínica del doctor Galezowski (en París) el dia 24 de Marzo de 1871. Este indivíduo de buena constitucion, aunque enjuto, no se queja de otro mal que del de los ojos, que le trae á la Clínica. Parece haber padecido hace tiempo una enfermedad venérea, de la cual no nos dá una idea clara. Exámen de los síntomas objetivos: las dos córneas prominentes sin conicidad, y dando lugar á un estafiloma esférico transparente. A un milímetro del borde periquerático de ambas córneas se vé un gerontoxon, que en el ojo izquierdo no forma el círculo completo. Ambas conjuntivas están irritadas por el uso de colirios que el enfermo se há ordenado por sí mismo. Exámen de los síntomas subjetivos: no se queja de dolor, pero sí de no poder leer sin acercar mucho el libro y aproximar los párpados uno á otro, y aún así no consigue obtener una imágen perfecta. Las letras le lucen confusas, y cuando mira objetos más ó ménos distantes, como los cuadros de un Museo de pintura, verbi gracia, observa que la parte vertical de los marcos desaparece, y sólo inclinandola cabeza es como vuelven á aparecer. El principio de su enfermedad lo eleva á la edad de 28 años, y consistió en una pequeña mancha blanca en la parte externa y superior de la córnea izquierda, la cual fué creciendo hasta formar hoy un círculo casi completo. Un año despues de haber advertido esta mancha en el ojo izquierdo, se le presentó en el ojo derecho, con la diferencia de que ésta formó el círculo completo y en ménos tiempo; ámbas á un milímetro de la periferia de la córnea. Unos seis años despues de haber observado las opacidades, que parece fué enseguida de haberse generalizado el gerontoxon, advirtió la prominencia de la córnea, por la cual consultó al distinguido oftalmólogo Dr. Cervera, y de la larga relacion que nos hace no podemos deducir el juicio que de su enfermedad formase

dicho profesor. Venido á París en Enero del actual, empezó á experimentar las trastornos visuales de que hacemos mencion más arriba. Tres meses despues entró en la Clínica del Dr. Galezowski, que le diagnosticó de gerontoxon estafiloma de la córnea y astigmatismo.

Encargados de su observacion, nos propusimos confirmar con mayor número de datos el diagnóstico emitido por la simple inspeccion del ojo y la relacion del enfermo. Comenzamos por colocarle delante cristales cóncavos de número apropiado, con lo cual la vision mejoraba, pero quedaba aún muy distante de la perfeccion; despues los cóncavos cilíndricos eje horizontal, descubriendo el enfermo con admiracion que podia contar todas las líneas de un círculo con rádios, empleados en estos casos, en tanto que sin los cristales cilíndricos, á medida que se alejaba el círculo irradiado, desaparecian las líneas verticales, distinguiéndose sólo las horizontales, lo cual revelaba que el meridiano vertical era miope, ó sea más convexo que el otro. Examinado al oftalmoscopio no presentaba otra cosa más que la pupila oval con su diámetro mayor en sentido vertical, por la imágen invertida. Calificamos, pues, la ametropía de astigmatismo, miope simple meridiano vertical, formulando los anteojos de la manera siguiente: cristales cilíndricos cóncavos eje horizontal, núm. 7 para el ojo derecho, núm. 6 para el izquierdo. Ojo derecho (0° Am $^1/_7$: ojo izquierdo (0° Am $^1/_6$).

Vemos, pues, que los trastornos funcionales dependientes de la refraccion quedan en gran manera corregidos. Sin embargo, á nuestro modo de ver, este alivio será bien temporal, porque pronto el estafiloma aumentará y la refraccion se hará irregular, sin tener entónces correccion; ó, lo que es peor, el estafiloma, hoy transparente, con el roce de los párpados se ulcerará, como generalmente sucede; la parte de la córnea se debilitará, y sobrevendrá la conicidad con todos sus males. Por otra parte, la ocupacion del enfermo le predispone á todo cuanto acabo de indicar: como pintor, se vé obligado á hacer grandes esfuerzos de acomodacion; éstos desde luego aumentan la presion intra-ocular que

ejerciéndose en la direccion del diámetro antero-posterior del ojo, propende cada vez más á la prominencia de la córnea, ya bastantemente indicada. ¿Sería posible detener la ectasia de la córnea? Crichett y Wells piensan que la pupila artificial lo consigue; pero si reflexionamos que la prominencia de la córnea no se manifiesta parcialmente, tendremos que convenir en que nada se adelanta con cambiar la direccion de la presion intra-ocular. Los autores no hacen mencion de un caso de estafiloma como el que actualmente nos ocupa: sólo hablan del estafiloma periférico transparente que más tarde constituye la buftalmía, que es siempre congénito, y que vá acompañado frecuentemente de trastornos visuales referentes á la retina, al cristalino ó al nervio óptico. Tambien al estafiloma cónico pelúcido parece considerársele siempre como congénito, y no obstante, nosotros hemos observado un caso en un jóven de 25 años, cuyo desarrollo databa de dos meses. Creyendo, como creemos, á juzgar por nuestras observaciones y por lo que indican los autores, que el orígen de este estafiloma se aparta completamente de lo observado, y advirtiendo cierta corelacion entre la completa formacion del gerontoxon y el principio de la prominencia de la córnea, nosotros nos preguntamos si el gerontoxon desempeña algun papel en la produccion del estafiloma. El gerontoxon es una degeneracion grasosa de las células corneales; alteracion que se produce generalmente en una edad avanzada. Algunos le han supuesto en relacion con la degeneracion ateromatosa de los vasos: pero Canton, de Lóndres, que es el que más extensamente se ha ocupado é investigado la naturaleza de esta opacidad, niega que pueda indicar una tendencia á la degeneracion en otros tejidos.

Los antiguos le creian una contraindicacion formal de la operacion de la catarata, y aún hoy no faltan operadores que abrigan esta creencia, tratándose del método á colgajo. Predominando el número de prácticos que juzgan el gerontoxon como una afeccion inocente, incapaz de producir ningun accidente y á la cual no le asignan tratamiento, no seremos nosotros quien pongamos en duda el resultado

de numerosas experiencias: no obstante, en presencia de un caso que nos hace sospechar lo contrario, nos proponemos seguirle observando con prolijidad todo el tiempo que nos sea posible. Tal vez en el curso de la enfermedad tengamos ocasion de convencernos de que lo que sospechamos una causa, no es más que una coincidencia, y de que, por consiguiente, el gerontoxon no desempeña ningun papel en la produccion de la ectasia corneal.

Ocupémonos ahora de los trastornos de la refraccion producidos por un astigmatismo irregular de la córnea.

El astigmatismo irregular depende de una diferencia de refraccion en los diversos sectores de un mismo meridiano del ojo. Es sabido que todos estamos afectados de este género de astigmatismo; pues los rayos que pasan por el centro del cristalino forman su foco á una distancia mayor que los que la atraviesan cerca del borde, en virtud de las leyes de la aberracion de la esfericidad. No obstante, la circunstancia de ser el cristalino más denso y más refringente en su centro, así como la disposicion del diafragma iridiano corrigiendo dicha aberracion, nos pone á salvo de los trastornos visuales que podrian tener lugar. El astigmatismo irregular congenial no es, pues, nunca tan pronunciado que pueda perturbar la vision. El adquirido es el que llega á producir trastornos de consideracion; puede residir en el cristalino, como cuando empieza á formarse una catarata; entónces apénas se descubren las opacidades, y la poliopía que se acusa solo puede atribuirse á un ligero cambio en la testura de la lente cristaliniana. La luxacion de ésta, sobre todo cuando no ocupa más que parcialmente el campo pupilar, da lugar á trastornos mayores: éstos pueden aminorarse por medio de un aparato estenopéico que no deje pasar los rayos de luz más que por la parte desprovista de cristalino, donde se debe colocar un cristal convexo semejante al que ordenamos á los operados de catarata. Lo más frecuente es que dependa de la córnea: así se observa en el queratocono, en que el poder refringente del vértice es mayor que el de la periferia, y por lo tanto, los rayos luminosos que atraviesan el centro forman su foco á una

distancia menor que los que pasan cerca de la circunferencia. Cuando la anomalía es pronunciada, se advierte tan pronto como se examina la córnea á perfil; pero si es una ligera prominencia solamente, hay que estudiar con detenimiento la reflexion de la luz en esta membrana y los fenómenos que nos suministra el oftalmoscopio.

La operacion de la catarata á colgajo puede ser una causa de astigmatismo irregular cuando el sitio de la incision corneal presenta una larga cicatriz, ó ha habido desprendimiento ó enclavamiento del iris en la herida.

La causa más constante á nuestro modo de ver, y que más perjudica la agudeza visual y hace difícil la precision del diagnóstico, son sin duda las úlceras de la córnea, porque, modificando la superficie de esta membrana, ejercen una influencia marcada en el curso de los rayos luminosos. Así ha tenido lugar en el caso que á continuacion exponemos y nos ha parecido digno de estudio.

Observacion 2.ª Mr. R., de 16 años de edad, se presentó en la Clínica oftalmológica del Dr. Galezowski el dia 24 de Octubre de 1874 y fué inscrito en el número 14,496. Se queja de no ver bien de ámbos ojos, y mucho ménos del derecho. Colocado á veinte pasos de la escala de caractéres de Snellen, lee (sin atropina) con el ojo izquierdo el número 30; provisto de un cristal convexo de doce pulgadas de foco, el número 20, y cambiando éste por otro cilíndrico-convexo, número 10, llega á distinguir el 15 de la escala. Con el ojo derecho no descifra más que algunas letras del número 50 á un pié de distancia, sin encontrar mejoría instilando la atropina ó empleando los cristales cóncavos, convexos y cilíndricos.

Resulta de este exámen que el ojo izquierdo, sin cristales, posee una agudeza visual de $^{20}/_{30}$, y con ellos de $^{20}/_{15}$, y que en el ojo derecho la agudeza es de $^{1}/_{50}$, con ellos y sin ellos.

Como antecedentes, nos revela haber padecido de los ojos á la edad de 5 á 6 años; que hace tres años Mr. Sichel le operó de estrabismo divergente del ojo derecho y

que no recuerda haber visto nunca bien de dicho ojo.

Examinando la direccion del eje óptico de ámbos ojos, comprobamos un estrabismo divergente del derecho, ya bastante manifiesto á la simple vista. Por medio de la luz oblícua, y con el auxilio de un lente de dos y media pulgadas, descubrimos sobre la córnea derecha y hácia el centro una pequeña opacidad extremadamente superficial. Al exámen oftalmoscópico (á imágen invertida), percibimos una ligera deformacion de la pupila, y el calibre de los vasos no estaba disminuido. Despues de instilar algunas gotas de atropina, hicimos el exámen (á imágen recta), presentándose los vasos del fondo del ojo distintos y regularmente dispuestos en cierta extension para aparecer deformados y confusos, tan pronto como cambia la incidencia de los rayos luminosos que se encierran en el fondo del ojo.

Segun la posicion que adopte el observador, puede presentarse la pupila más ó ménos clara, más ó ménos pequeña ó deformada.

Aparte de estos cambios de la imágen, no se encuentra ninguna lesion anatómica; la capa epitelial de la coróides parece no haber sufrido alteracion; no se ve ninguna acumulacion de pigmento al rededor de los vasos, ni en la parte ecuatorial, que pudiese hacer sospechar la retinitis pigmentaria, comprobándolo más la exploracion del campo visual, que no habia disminuido.

El diagnóstico fué el siguiente:

Trastornos de la refraccion producidos por un astigmatismo irregular de la córnea derecha, resultado de una afeccion antigua que debió ser una queratitis,—estrabismo divergente del mismo ojo, debido á la ambliopía,—y astigmatismo hipermetrópico regular del izquierdo, corregido por los cristales cilíndricos.

Las razones que nos conducen á formar este diagnóstico, son las siguientes:

1.ª Decimos trastornos de la refraccion,—porque el fondo del ojo no nos presenta ninguna alteracion anatómica,

y sólo cambiando la incidencia de los rayos luminosos es cuando la pupila y los vasos se deforman.

2.ª Astigmatismo irregular,—y no regular simple ni mixto, porque todos los cristales cilíndrico-cóncavos y cilíndrico-convexos, aislados ó combinados, no producen mejoría en la vision.

3.ª Debido á la córnea,—porque la mancha ó albugo es un testimonio suficiente para suponer que ha existido una queratitis, probablemente ulcerosa.

4.ª Estrabismo debido á la ambliopía,—porque sabemos que todo ojo, más ó ménos privado de la vision, se desvía hácia fuera.

5.ª Astigmatismo hipermetrope regular,—porque la perfeccion de la agudeza visual, por medio de los cristales cilíndrico-convexos adecuados, no deja la menor duda.

Aconsejamos al enfermo el uso de los cristales escogidos por nosotros para el ojo izquierdo, especialmente cuando se dedique al trabajo, á fin de no fatigarlo y comprometer la vision del único ojo de que puede servirse.

No pasando el estrabismo de dos á tres milímetros, y perjudicando bien poco la estética, le recomendamos dejase la estrabotomía para más tarde si fuese necesario.



El estudio de la trombósis y de la embolia ha presentado en estos últimos tiempos una importancia capital, arrojando no poca luz sobre el oscuro campo de la etiología. Por la trombósis arterial se ha podido explicar muchas veces la gangrena de los miembros y el reblandecimiento cerebral, así como por la venosa la flegmasía *alba dolens*, las varices, la hemorragia intestinal, la meningitis y las convulsiones. La embolia, que no es otra cosa sino el obstáculo á la circulacion producido por un coágulo ú otro cuerpo en un sitio distinto de aquel en que tuvo orígen, ha servido tambien para explicar como los fragmentos de exudaciones valvulares pasando á la aorta, suben hasta el cere-

bro y producen la apoplegía cerebral, ó, pasando del corazon derecho al pulmon, la pulmonal. Ahora bien; si es forzoso aguardar á que la anatomía patológica ó la necroscopia nos pongan de manifiesto todos los fenómenos que dejamos enunciados tratándose de la embolia en general, no sucede lo mismo en la embolia de la arteria central de la retina, donde podemos con auxilio del oftalmoscopio apreciar estos desórdenes, porque es el ojo la única parte del cuerpo en que se puede ver, si no á descubierto, al ménos á través de un aparato transparente, la circulacion arterial, venosa y hasta capilar. La formacion de las embolias en la arteria central de la retina es una de las causas de esas amaurósis que sobrevienen bruscamente, y contra las cuales la terapéutica es impotente las más de las veces.

Desde el año 1859, en que Græfe la describió el primero, son numerosas las observaciones recogidas por la mayor parte de los oftalmólogos; sin embargo, no se ha vulgarizado tanto su estudio ni son tan frecuentes los casos de este género, que carezca de interés al que hemos tenido la ocasion de observar.

Observacion 3.ª Mme. C., vecina de Vaunes, calle de Graudret, número 7 (París), se presentó á la Clínica oftalmológica del Dr. Galezowski el 31 de Octubre de 1873. Esta enferma, de 40 años de edad, casada y con hijos, de temperamento sanguíneo, y al parecer de buena constitucion, se queja de haber perdido súbitamente la vista del ojo derecho el lúnes 27 del mismo, cuando, ocupada en su oficio de lavandera, de repente percibió que no veia del ojo derecho, y, cerrando el izquierdo para convencerse, se encontró en una oscuridad completa.

No ha padecido nunca de los ojos, y su vista ha sido siempre perfecta, distinguiendo igualmente de léjos que de cerca. Ha disfrutado habitualmente de buen apetito y buenas digestiones, sin astriccion, vómitos ni dolores de cabeza. Está bien reglada desde la edad de 15 años en que se la presentó por primera vez el flujo menstrual. Ha tenido doce hijos de los cuales cinco han muerto á los pocos

meses de nacidos, siete viven y disfrutan de excelente salud; uno de éstos ha padecido de corea. Su último parto ha tenido lugar hace seis meses, sin ningun accidente durante el embarazo. A consecuencia de uno de los partos, hace 15 años quedó sujeta á ataques de sonambulismo, que le permitian levantarse y marchar por su aposento sin darse cuenta de ello, cayéndose otras veces de la cama y perdiendo el conocimiento en medio de accesos convulsivos, durante los cuales se mordia la lengua y arrojaba espuma por la boca, terminando todo este cuadro de síntomas pocos instantes despues. Refiere que al comenzar los ataques experimentaba la sensacion de una bola que, subiendo del vientre á la garganta, le impedia respirar. Ausencia de antecedentes reumatismales, específicos ni alcohólicos. El exámen de las orinas no descubren nada anormal. Cuando anda de prisa ó al subir una cuesta, se fatiga; las dimensiones del corazon son fisiológicas. La auscultacion practicada por mi amigo el Dr. Ulesia, revela un ligero ruido de fuelle presistólico, y en la punta, síntoma de una insuficiencia de la mitral. Los ojos al exterior no acusan nada de particular, como no sea una ligera vaguedad en la mirada del derecho, así como inmovilidad de la pupila á la accion de la luz. La agudeza visual es perfecta en el izquierdo; en el derecho nula é igualmente el campo visual periférico; ausencia de toda percepcion luminosa y carencia completa de fosfenos.

Al exámen oftalmoscópico, con el reflector simplemente, descubrimos el fondo del ojo á través del orificio pupilar de un color blanquecino semejante á un desprendimiento retiniano. Con la lente biconvexa interpuesta se descubre la pupila del nervio óptico, pálida y enérgica, sin presentar el color nacarado propio de la atrofia. Sus contornos no son distintos; una especie de velo ó de infiltracion blanquecina los recubre, así como á las partes más próximas de la retina.

Los ramos principales de la arteria central son filiformes, apénas apreciables; otros están completamente exangües y reducidos á un cordon blanquecino. La retina se

presenta de un aspecto blanco ceniciento en casi toda su extension. La mácula de un aspecto grís opaco y surcada de dos ó tres vasos capilares. El diagnóstico dictado fué el de embolia de la arteria central de la retina, ordenándosele el tratamiento recomendado en estos casos; sanguijuelas á las sienes, vejigatorios á la nuca y fricciones estimulantes periorbitarias.

El 1.º de Noviembre el aspecto del fondo del ojo no habia cambiado; la enferma creia ver, pero cubriéndole el ojo sano y pasando una mano delante de la enferma, pudimos comprobar que la percepcion luminosa estaba aún abolida, y los diablillos que creia ver bailar, no eran más que efecto de una alucinacion, ó tal vez fosfenos expontáneos, tan frecuentes en las afecciones de la retina.

El 10 la agudeza visual y el campo periférico faltaban. La infiltracion retiniana, revelada por el color blanquecino ó lechoso de la retina, y que ocupaba al rededor de la pupila una distancia equivalente á un diámetro de ésta, habia disminuido; los vasos estaban más filiformes.

El 20 la pupila se presentaba limpia y queriendo tomar un aspecto nacarado. La region de la mácula persistía en el mismo estado. Si pasamos á investigar la causa productora de esta embolia, no podemos ménos que detenernos en la afeccion del corazon, tanto más si recordamos que una observacion publicada no hace mucho, por el doctor Sichel en los *Archivos de fisiología*, comprobó, por medio de la autopsia, la existencia de un coágulo obsturador de la arteria central, coincidiendo con una insuficiencia de la mitral. La idea de una trombósis en vez de una embolia no creemos deberla acariciar, por no encontrarse ninguna de las causas que se refieren á la trombósis en general. El cuadro de síntómas nos parece el más clásico de la entidad patológica que nos ocupa: la presencia de hemorragias retinianas, de que hacen mencion algunos autores, y que sin ponerlas en duda nos parecen ménos en consonancia con la naturaleza de la enfermedad, no la hemos encontrado en al caso actual. El color blanquecino de la retina, atribuido á la infiltracion de esta

membrana y característico de la afeccion, existe en toda su plenitud, y si no fuera porque vemos en la periferia de la pupila cierta apariencia de exudaciones, nos preguntaríamos si esa coloracion de la membrana nerviosa, léjos de ser una infiltracion, pudiera considerarse como debida á la suspension de la circulacion de la coróides, que es la que da ese aspecto rubicundo al fondo del ojo, por más que parezca un atributo de la retina.

Una coloracion semejante observamos en el fondo del ojo de una niña, poco tiempo despues de haber fallecido en el Hospital de Niños en la sala del Dr. Bouchut. El mismo fenómeno en diferentes cadáveres, despues de extraer el cristalino é iluminando el interior del ojo por medio de una lente á la luz solar.

En un conejo sacrificado con el cloroformo, pudimos percibir por medio del oftalmoscopio un cambio de coloracion análogo.

Estos hechos, que, no tienen nada de nuevo, nos inclinan á suponer un obstáculo en el curso de la sangre que se distribuye por la coróides, y de consiguiente, que la embolia de la arteria central de la retina no se presenta aislada, sinó acompañada de igual trastorno en las úlceras cortas posteriores.

Entre las afecciones externas del ojo podemos exponer en primera línea un accidente provocado por la atropina en el curso de un abceso de la córnea.

La belladona, y en particular la atropina, tienen desde hace algun tiempo un empleo tan útil en la terapéutica de las enfermedades de los ojos, que bien merece se diga de ellas una cosa análoga á lo que decia Sydenham de su medicamento favorito: «si no existiese el ópio, no seria médico.» En efecto, en la mayor parte de las inflamaciones del globo ocular, principalmente en las del íris y las de la córnea, prescribimos la atropina, porque la práctica nos ha demostrado sus escelentes resultados, ya como antiflogístico, ya previniendo las sinequias posteriores ó anteriores en los casos de abceso perforante central de la córnea.

Fuera del campo inflamatorio, la atropina tiene otras indicaciones, por decirlo así, mecánicas; cuando se instila ántes de la operacion de la catarata, en la catarata luminosa (*zonulaire*) á fin de dilatar la pupila y abrir una vía más grande á los rayos luminosos y en el espasmo del músculo acomodador ó miopía accidental.

Puede decirse que, poniéndonos á cubierto de los males que causa en un ojo afectado de glaucoma y de la molestia que ocasiona por la aberracion de esfericidad determinada en el aparato óptico propiamente dicho, la atropina podia prescribirse en todos los casos, pues, cuando no llenase una indicacion terapéutica, seria uu medio excelente de diagnóstico para esclarecer la verdad de los hechos. Si bien las aplicaciones de la atropina son numerosas, tiene, no obstante, tambien sus contraindicaciones; sin querer atribuir á la atropina la produccion de verdaderas granulaciones, como piensan algunos autores, el doctor Galezowski ha observado que su accion es á veces irritante, pudiendo producir la inflamacion de la conjuntiva, del saco lagrimal y tambien la de los párpados, como tuvo lugar en el caso siguiente:

Observacion 4.ª Mr. B., de 35 años de edad, se presentó á la Clínica el dia 8 de Marzo de 1872 y se inscribió en el libro de observaciones, número 11.243.

Hacia ocho dias habia notado cierta rubicundez en el ojo derecho, esperimentando dolores lancinantes periorbitarios, fotofobia intensa y debilidad en la vision.

A la inspeccion del ojo enfermo, se vé una inyeccion periquerática considerable, la córnea algo opaca presentando un abceso en su centro, el humor acuoso turbio, é hipopion.

El íris se encuentra en estado normal, como así mismo el ojo izquierdo.

El tratamiento empleado fué el siguiente:

1.° 8 de Marzo.—Cada dos horas instilacion de una gota de colirio de atropina.

2.° Aplicacion de diez sanguijuelas en la apófisis mastóide izquierda.

3.° Compresas empapadas en una solucion de extracto de belladona y de beleño.

El 10 los dolores persistian con la misma intensidad: el aspecto del ojo no habia cambiado.

El 12 los dolores son más fuertes; el enfermo no puede dormir. Se hizo la paracentésis al nivel del abceso, La operacion fué dolorosa, pero el alivio inmediato. El hipopion desapareció.

El 13 durmió bien: se continúan las gotas de atropina y las compresas.

El enfermo volvió en los dias siguientes á la Clínica.

El 1.° de Abril se presentó de nuevo. El párpado del ojo derecho se halla muy inflamado, lagrimeo considerable, la hinchazon se extiende hasta la mejilla. No cometió ninguna imprudencia, únicamente habia continuado el uso del colirio de atropina. La irritacion del ojo la atribuyó el Dr. Galezowski á la accion de la atropina; se suspende su uso, se espolvorea la mejilla con polvos de calomelanos, y bastan algunos dias para que todo vuelva á su primitivo estado.

El 16 de Abril la conjuntiva no presenta rubicundez, el abceso está en plena vía de curacion, la que se completó el 10 de Mayo.

Al hablar de la atropina y hacer una ligera mencion de habérsele atribuido la produccion de granulaciones, no parece fuera de lugar nos ocupemos de la excision del fondo de saco óculo-parpebral, como tratamiento de esta afeccion cuando reviste un carácter crónico.

Las granulaciones conjuntivales han merecido siempre la atencion preferente de todos cuantos se han consagrado al estudio de la Oftalmología. La etiología de esta enfermedad, su naturaleza y su diagnóstico, no han ocupado

ménos la atencion de distinguidos observadores que su tratamiento, donde han venido á estrellarse los esfuerzos más constantes y las investigaciones más prolijas; no obstante, eso no ha bastado para que los hombres consagrados á la ciencia dejen de poner á contribucion todos los medios de que es lícito disponer en estos casos, y sin lo cual la medicina no contaría entre sus conquistas, hechos que tanto la honran y que estimulan cada vez más al trabajo y á la investigacion.

Al principio del presente siglo, los ingleses recomendaban como tratamiento de las granulaciones su excision: sin embargo, el principal objeto era oponer á esta afeccion un tratamiento antiflogístico por medio de una evacuacion sanguínea local, más bien que separar ese producto de nueva formacion, extirpando con él la superficie donde estaba implantado.

Más tarde, Furnari hizo la sindectomía excindiendo la conjuntiva al rededor de la córnea, en los casos de panus rebelde, para impedir el aflujo de sangre á aquella, extirpando con la conjuntiva pericórnea los vasos que la suministraban.

La excision de la conjuntiva rotrotaxal, como tratamiento de las granulaciones, es debida al Dr. Galezowski. He aquí cómo se la hemos visto practicar desde hace mucho tiempo.

Acostado el enfermo y cloroformizado, si es sumamente sensible,—pues la operacion, aunque breve, suele ser dolorosa algunas veces,—se vuelve el párpado superior, y con una pinza de doble punto de fijeza se toma el espacio comprendido en el fondo de saco óculo-parpebral, empezando la diseccion de la conjuntiva por el límite bulbar hácia el borde posterior del tarso, que se debe respetar cuidadosamente y se puede hacer con facilidad, porque al volver el párpado, él mismo se limita. La misma operacion se puede practicar en el párpado inferior aunque con ménos dificultad, dada la disposicion de éste.

En los casos de granulaciones rebeldes sometidas despues de largo tiempo á cauterizaciones infructuosas, tiene

una aplicacion oportuna el método de excision del fondo de saco óculo-parpebral. Con este método se combaten de una manera segura y pronta, las granulaciones situadas en una region donde no llegan ó alcanzan difícilmente las cauterizaciones, y se suspende así la produccion de ese líquido purulento en que la córnea se baña, y que es, á no dudarlo, la causa de inflamaciones constantes de esta membrana.

Es indudable que semejante tratamiento, realmente quirúrgico, está reservado para los casos crónicos é inveterados: como ántes hemos dicho, no somos partidarios de la violencia, si así podemos expresarnos, en el tratamiento de esta enfermedad: creemos sea una de aquellas en que más necesita el médico contemporizar con su enemigo: por eso la constancia y el tiento son los mejores consejeros, sobre todo si se trata de ciertas formas y en determinados sugetos.

Suponer, como se nos ha dicho alguna vez, que con la operacion vamos á adelantar lo que la enfermedad terminará por hacer, es decir; la retraccion del párpado y de aquí el ectropion, etc., etc., etc., es un error del cual se puede salir fácilmente examinando los enfermos hasta aquí operados, muchos de ellos desde hace largo tiempo, sin que hasta el presente hayamos lamentado ningun accidente concomitante ni consecutivo á la operacion.

Los bordes de la conjuntiva tienden á reunirse y lo verifican, quedando el fondo del saco tanto ménos disminuido, cuanto más ceda por su elasticidad la conjuntiva bulbar. Pocas veces se presenta equímosis de los párpados, si se colocan sobre éstos compresas empapadas en agua fria, y entre los numerosos enfermos que hemos asistido, en uno tan sólo se presentó la inflamacion del párpado, tal vez debido á la mala naturaleza del enfermo, pero que pocos dias despues volvió á su estado normal. El enfermo no debe abandonarse despues de la operacion: es necesario someterle á cauterizaciones bien dirigidas para llegar á un resultado definitivo.

El método de excision del fondo de saco óculo-parpe-

bral, como tratamiento de las granulaciones crónicas, es para nosotros una verdadera adquisicion de la cirujía, ya por su sencillez, como por los resultados que pueden apreciarse en las observaciones que á continuacion insertamos:

Observacion 5.ª Mlle. A. N., de 22 años de edad, que hace tres años empezó á sufrir de los ojos, y al cabo de los seis meses perdió la vista. Estuvo sometida á un tratamiento por las cauterizaciones durante tres meses, sin encontrar mejoría. En Junio de 1872 entró en la Clínica del Dr. Galezowski, donde despues de cauterizaciones infructuosas fué operada, conservando hoy su vista normal y exenta de toda incomodidad.

Observacion 6.ª Mad. A. N., de 50 años de edad y constitucion más bien débil que fuerte, nos cuenta que hace catorce años que padece de los ojos. Fué tratada en la Caridad por el profesor Velpeau, diez años con diferentes intervalos, por medio de antiflogísticos, el nitrato de plata y vejigatorios á la frente. Otro facultativo la trató durante otros doce años por los cáusticos enérgicos y duchas frias sin resultado. Por espacio de dos años estuvo sometida á escarificaciones, sin haber ganado nada.

Nuevamente estuvo tratada durante ocho años por el nitrato de plata, y si bien se aliviaba, la recidiva era siempre inmediata. En Setiembre de 1872 llegó á la Clínica del Dr. Galezowski; la enfermedad presentaba las conjuntivas de un color oscuro, debido al uso repetido del nitrato de plata, hipertrofia considerable de las pupilas conjuntivales, verdaderas granulaciones, y obstruccion de vias lagrimales. El tratamiento consistió en la dilatacion de los lagrimales desviados y cauterizaciones con el acetato de plomo líquido. Despues de tres meses de tratamiento sin ganar nada, se procedió á la excision del fondo de saco óculo-parpebral, que fué terminada sin ningun accidente, recomendándole como tratamiento consecutivo las duchas de vápor. Antes de un mes, el panus habia casi completamente desaparecido y las granulaciones habian disminui-

do de una manera admirable. El ojo no supura, la vista es buena, aunque présbita, y la enferma puede dedicarse al trabajo.

Observacion 7.ª Mlle. E. L. de 18 años de edad é hija de padres que habian padecido de los ojos; á la edad de 7 años contrajo su enfermedad en un hospicio donde entró para curarse de una afeccion de los oidos. Tratada por espacio de ocho años por las cauterizaciones inútilmente, entró en la Clínica en Octubre de 1872, donde despues de tres meses de tratamiento, tambien inútil, fué operada, encontrándose á los pocos dias muy aliviada, y pudiendo soportar las cauterizaciones, que unidas á las duchas de vapor, dieron por resultado la transparencia de la córnea y la curacion completa á los tres meses.

Observacion 8.ª Mlle. N. N. de 20 años de edad, obrera é hija de padres que habian padecido de los ojos. Empezó á sentirse enferma á la edad de 9 años; desde esa época se ha curado constantemente unas veces con el sulfato de cobre, y otras con el acetato de plomo, pero sin resultado. El Dr. Galezowski practicó la excision de las granulaciones en los dos ojos al mismo tiempo, en Enero de 1872, y ocho meses despues la enferma estaba curada.

Observacion 9.ª M. J. de 26 años de edad, ha padecido por la primera vez de los ojos en Argelia, en Octubre de 1870: fué tratado por la atropina y la morfina; seis meses más tarde perdió la vista completamente, pero en 1871 ésta apareció en parte. En Octubre de 1872 la enfermedad agravó, siendo sometida al tratamiento de calomelanos y cauterizaciones de nitrato de plata durante un mes. No encontrando mejoría, entró en la Clínica en Julio de 1872 donde se le diagnosticó de queratitis granulosa avanzada con adherencia del íris á la córnea. Despues de un tratamiento por la atropina, el sulfato de quinina y las cauterizaciones bien dirigidas, la operacion fué practicada en 15 de Julio en los dos párpados del ojo derecho.

El 15 de Agosto se le hizo una excision del íris en el

mismo ojo. El 10 de Octubre otra excision en el ojo izquierdo. El 15 de Octubre se le ordenaron duchas de vapor y se continuaron las cauterizaciones, hasta el 15 de Noviembre que se volvió á su país ya curado.

Las observaciones que á continuacion expondremos nos pertenecen de una manera más directa.

La pústula maligna es una afeccion muy comun en la provincia de Toledo. Durante mi permanencia en dicha provincia por espacio de cuatro meses al frente de una consulta de enfermedades de los ojos, he tenido ocasion de persuadirme de ello. Sabido es, que dicho mal se trasmite al hombre por la picadura de un insecto que se haya alimentado ó chupado la sangre de los animales muertos de la afeccion carbunclosa. La circunstancia de presentarse en mi consulta de enfermedades de los ojos tantos indivíduos padeciendo el ectropion escatricial, producido, ya por los destrozos de la pústula maligna, ya por la accion enérgica de los cáusticos, que para su tratamiento se emplean, no tiene otra explicacion más que la de ser portador del vírus inoculable, un insecto volátil que, atraido por el movimiento de los párpados, y por la humedad del ojo, se posa en dicha region, ocasionando una lesion grave bajo todos conceptos, pues abandonada compromete la vida del indivíduo, y tratada con la energía que corresponde, pocas veces deja de comprometer, ya instantáneamente, ya para el porvenir.

No me ocuparé en estas líneas del tratamiento que debe emplearse para la pústula maligna; los cauterios á tiempo, y empleados con energía, es todo cuanto puede recomendarse. Así lo tienen entendido los inteligentes profesores de la provincia, y así he visto tratar varios casos á los Sres. Izquierdo, Fuente, Paz, y Romagosa dando la preferencia estos dos últimos, por su pronta accion al cáustico que sigue :

Deuto-cloruro de mercurio.	a a 3 gramos.
Unguento amarillo........	
Escabiosa en polvo........	C. S.

H. s. a. un parche del tamaño, etc., etc.

Los dos puntos que llaman especialmente mi atencion se refieren á la manera de precaver el ectropion cicatricial que se produce consecutivamente al esfacelo de los tejidos por la misma afeccion, ó por los cáusticos empleados, y al modo de corregir los males que causaría al ojo la permanencia en un estado tal de desabrigo, como aquel en que le coloca la retraccion anormal de los párpados. Abstraccion hecha de su importancia, tratándose de la belleza que roba la fisonomía.

Para precaver el ectropion, debe reunirse inmediatamente despues de la cauterizacion (pues para ésta no debe de perderse un instante) á la oclusion parpebral, ó sea al auquiblefaron artificial, que se practica refrescando el borde libre de los párpados, y manteniéndolos despues unidos por medio de tres ó cuatro puntos de sutura, segun la extension de estos. El edema consecutivo á la operacion no debe alarmarnos, pues desaparece gradualmente sin temor de extrangulacion de los tejidos, hasta extinguirse por completo cuando á su tiempo se quiten los puntos de sutura. Si el esfacelo no ha interesado el mismo borde libre, como sucede las más de las veces, la retraccion cicatricial que se produce en el sitio donde ha existido la pústula, no es capaz de vencer la fuerza que le oponen, por un lado los puntos de sutura, por otro la linfa exudada en los bordes refrescados; de este modo se libra el globo ocular de una de las deformidades que más le afean y comprometen la vision.

Para curar el ectropion de la naturaleza que nos ocupa, hay forzosamente que recurrir á una operacion quirúrgica en la cual debe desplegarse alguna habilidad operatoria, sin la cual los resultados serán tan infructuosos como los que he tenido más de una vez ocasion de observar.

La autoplastía, esa especie de prótesis quirúrgica tan antigua como la medicina, es la operacion que con sus resultados, á veces maravillosos, corrige tamaña deformidad. Conocidos son los tres métodos de autoplastía: el de Celso, ó por deslizamiento, el Indiano, y el Italiano; si bien en este último, al tomar el colgajo en una region distante de la que operamos, ofrece la ventaja de dejar mé-

nos cicatrices, lo cual es de gran valor tratándose de la cara; no ofrece por otra parte tanta seguridad en el resultado definitivo, porque la inmovilidad necesaria, es más difícil de obtener. Debemos dar, pues, la preferencia á cualquiera de los primeros, eligiendo el uno ó el otro segun el estado del párpado y de las partes contíguas.

Expondremos á continuacion algunos de los casos que hemos operado.

Observacion 10.ª Leonor Fleite, de 14 años de edad, y natural de Alcaudete de la Jara se presentó con sus padres en mi consulta el dia 20 de Mayo de 1874: esta niña de buena constitucion, aunque no muy desarrollada, habia padecido hacia un año una pústula maligna, en la parte superior de la region malal derecha; extendiéndose hácia la del saco lagrimal, las bridas del tejido cicatricial que como vestigio le habian quedado. El párpado inferior correspondiente, habia sido llevado hácia abajo, de tal modo, que toda la conjuntiva que le recubre estaba descubierta, depositándose sobre ella costras de mucosidades desecadas.

Examinada atentamente la córnea, y demás partes del ojo, encontramos la más completa regularidad en sus funciones á excepcion del punto lagrimal inferior que se hallava desviado y estrecho. Aconsejamos á los padres la operacion de que hemos tratado más arriba, y aceptada ésta, la practicamos al dia siguiente de la manera que sigue:

Acostada la enferma en decúbito supino, y despojada de todo cuanto produjese alguna compresion en el tronco y cuello, pasó á administrarle el cloroformo un apreciable colega y amigo, D. Fernando Izquierdo, miéntras que otro de mis dignos compañeros de la localidad, D. Eleuterio Paz, vigilaba cuidadosamente el pulso, y la sensibilidad. En tanto que la anestesia se manifestaba, tracé con una pluma dos líneas verticales y paralelas de dos y medio centímetros, las cuales debian partir de cada una de las extremidades del borde libre del párpado inferior retraido; una trasversal unía las extremidades: otro cuadrilátero de

iguales dimensiones al formado por las tres líneas que hemos dicho, y el borde libre del párpado inferior, fué trazado en la region preauricular; y cuando se me anunció que la insensibilidad era completa, procedí á disecar el primer cuadrilátero, hasta obtener la movilidad total del párpado inferior; uní éste al superior por ambos bordes libres refrescados, y con el auxilio de tres puntos de sutura: dos más dí á cada lado de este colgajo, ya bastante suspendido para dejar en la parte inferior una solucion de continuidad, pasé á cubrir ésta con un nuevo colgajo tallado en la region preauricular, y sostenido por un pedículo situado en el límite de ámbas soluciones de continuidad, y sobre el cual se verificó la torsion del dicho colgajo, que fué convenientemente adherido por diferentes puntos de sutura.

El apósito consistió en una gran planchuela de algodon en rama, desprovisto de suciedad, y aplicada sobre la region operada, produciendo la compresion por medio de un vendaje binocular que inmovilizaba convenientemente los párpados del lado opuesto.

La enferma fué conducida á la cama donde debia permanecer, y volviendo de la anestesia, acusaba una sensacion de escozor fuerte en el sitio de la operacion, sin que se diese cuenta de lo ocurrido durante ella. Dos horas despues, esta molestia habia desaparecido; y la niña continuaba sin la menor hasta el sétimo dia, en que, con motivo de fluir por las partes declives algo de supuracion, levantamos el apósito. Interrogada la sensibilidad del colgajo, encontramos que era escasa aunque se hallaba adherido por diversas partes, y conservaba un escelente aspecto. Renovamos las planchuelas de algodon y el vendaje, para levantarlo nuevamente á los cuatro dias. Separamos el borde libre de los párpados, destruyendo los puntos de sutura y las adherencias contraidas. El ectropion habia desaparecido, y sólo la tumefaccion, resto del proceso inflamatorio indispensable, hacia diferenciar los párpados de este lado opuesto. La solucion de continuidad de la region preauricular donde se talló el segundo colgajo, fué cica-

trizada admirablemente, merced á la aplicacion de nuevas planchuelas de algodon, y ligeros toques con el lápiz de nitrato de plata.

Observacion II.ª Tomasa Gimenez, natural de Parrillas; de constitucion débil y de 13 años de edad, se presentó á la consulta el dia 1.º de Junio de 1874: la enferma nos refiere haber padecido una pústula maligna hace dos años en la parte media de la region supercilial izquierda, la cual, tratada enérgicamente, dejó como huellas un ectropion escatricial tan sumamente pronunciado, que el borde libre del párpado, estaba unido al borde inferior de la region que ocupan las cejas: el globo del ojo completamente descubierto, ofrecia una rubicundez conjuntival intensa, y en la córnea una ulceracion central que apenas dejaba más que la periferia libre. El principal objeto de la consulta era curar la queratitis ulcerosa que perturbaba la vision; hice presente á sus padres la ineficacia de todo tratamiento local ó general, miéntras tanto que no se devolviese al ojo por medio del arte la cubierta parpebral que la afeccion habia destruido ó deformado.

Dispuestos á la operacion, fué practicada al dia siguiente de la manera que á continuacion sigue:

Colocada en decúbito supino, y prévia anestesia, procedimos á tallar un colgajo frontal de 4 centímetros de altura á partir de la ceja, y 3 $^1/_2$ de ancho, disecamos lo más profundamente posible hasta levantar aquella, llegando hasta el párpado retraido: provisto éste de movilidades descendió para ser unido por un borde libre al inferior despues de refrescado, y con auxilio de varios puntos de sutura. Otros fueron dados igualmente á cada lado del colgajo, cuidando de que tirasen de éste hácia abajo. Quedó en la frente una solucion de continuidad de 3 centímetros cuadrados, la cual cubrimos de una planchuela espesa de algodon, así como la region parpebral. Curado el otro ojo, y aplicadas unas compresas para inmo-

vilizar los párpados, terminamos aplicando un vendaje binocular que se extendía hácia la frente.

A los ocho dias, cuando levantamos el apósito, encontramos los costados del colgajo unidos en casi toda su extension, y la solucion de continuidad frontal, de un escelente aspecto; volvimos á colocar el apósito, y siete dias más tarde, quitamos los puntos de sutura del borde libre

Si bien el ojo quedó provisto de párpado superior, tuvimos que lamentar la ausencia de una gran parte de la ceja correspondiente; deformidad que hubiera existido aunque otro hubiera sido el sitio de eleccion, pues ya sabemos que fué sobre ella donde tuvo lugar la pústula.

La ulceracion querática no habia disminuido, porque no era suficiente el tiempo trascurrido para producir tamaña modificacion, pero habia mejorado considerablemente, lo cual me prueba las ventajas de la oclusion parpebral en ciertas afecciones de los ojos: método que tendría una aplicacion más frecuente, si no tuviese por otra parte algunos inconvenientes.

Llamamos, pues, la atencion sobre la necesidad de practicar esta operacion del todo inocente, siempre que la pústula maligna, la erisipela, ó cualquiera inflamacion pudiesen producir la retraccion de los tegumentos parpebrales ó de los próximos á ellos.

La oclusion parpebral, como hemos visto más arriba, tiene tambien su aplicacion indispensable en la operacion del ectropion.

Las ventajas del apósito algodonado sobre cualquier otro, se pueden echar de ver fácilmente; lleva consigo las inherentes al algodon en sí mismo, y la de las curas tardías, que aunque poco partidario de éstas, en ciertas operaciones de los ojos, verbi gracia en la catarata, nos parecen útiles, sobre todo, cuando hay gran solucion de continuidad.

En uno de los últimos números de *El Anfiteatro Anatómico Español,* mi escelente compañero D. Rafael Ulesia, en un extenso artículo, encomia atinadamente las venta-

jas del apósito algodonado, despues de haberlo estudiado al lado de su inventor el Dr. Guerin de París.

Finalmente, si la pústula maligna es una afeccion tal, que en presencia de ella, más nos preocupamos de la salvacion de la vida que de la del ojo, si en tales momentos, pues, se echa en olvido precaver el ectropion, no se permita despues que el ojo permanezca constantemente como un indivíduo á la intemperie. Un bisturí, unas pinzas, un par de agujas, y dos onzas de cloroformo para más comodidad durante la operacion, bastan para hacer volver un ojo en circunstancias tales al estado fisiológico.



Vamos á ocuparnos de una de las afecciones más conocidas en Oftalmología: del pterigion.

Si bien nada nos dicen los autores,—ó yo nada recuerdo haber visto en las páginas de Oftalmología que tengo ojeadas á propósito,—del conocimiento de esta afeccion por los antiguos, es decir, en los primeros tiempos de la medicina, —es indudable, no obstante, que bajo el punto de vista clínico le conociesen tanto como en nuestros dias, y que existiese igualmente algun tratamiento quirúrgico que sin tener en qué fundarme, presumo habia de ser ó el cauterio actual, vista la insuficiencia de los colirios astringentes enérgicos, y la exposicion de los cáusticos, ó la excision. Si bajo el punto de vista histológico, hemos realmente hecho progresos porque se ha determinado con exactitud la extructura de esa lanza que avanza hácia el centro de la córnea, nada sabemos aún del motivo por el cual afecta esa forma, y de la causa precisa de su produccion. La idea más generalmente admitida es aquella que le supone proceder de una úlcera de la córnea; realmente no podemos negar rotundamente esta opinion, pues aunque muchos indivíduos interrogándoles nos aseguran no haber padecido ninguna molestia en los ojos, sino que se han apercibido de esa tela como regularmente le llaman, no

habiendo sentido la menor incomodidad, es preciso recordar que existen úlceras de la córnea de tal naturaleza atónicas, que en la periferia donde no perturban la trasparencia de ésta, pasan desapercibidas para los enfermos; así me ha ocurrido más de una vez ser consultado para una afeccion de un ojo exclusivamente, pero como he tenido la costumbre de llenar una de las condiciones de un buen exámen, que es observar ámbos ojos, he hallado con sorpresa una ulcerita periférica, ó no del todo periférica, y de la cual no se habia dado cuenta el enfermo. Otras veces existe una vascularizacion de forma lineal en la parte interna de la córnea, extendiéndose de ésta á la conjuntiva y tan circunscriptas al sitio en que se forma el pterigion, que nos ha hecho fluctuar entre una simple vascularizacion de la córnea, y los primeros vestigios de la afeccion. No obstante, por más que hemos notado que el pterigion incipiente, no se diferencia del más desarrollado, ó del que ha esperimentado su completo desenvolvimiento más que en el tamaño, pues la forma y aspecto es la misma, no hemos dejado de hacer la excision, porque no habiéndonos sido posible poner en observacion los casos á que nos referimos, de no ser lo que pensábamos, ningun mal se seguía, puesto que algunos oponen como tratamiento de la vascularizacion de la córnea ó el panus la sindectomía, y de ser realmente un pterigion incipiente, obrábamos como tenemos la costumbre de hacer en tales casos, y en contra tal vez de lo que generalmente he visto hacer, y és decir al enfermo que no está de operar, y que todavía tardará algun tiempo en necesitar una operacion. Es cierto que un pterigion incipiente tarda por lo general algun tiempo en desarrollarse, pero tambien no es ménos cierto que algunas veces este desarrollo se verifica á pasos ajigantados en muy poco tiempo; cuando el enfermo se halla distante del oculista á quien consultó, y á quien naturalmente volverá en llegando la época que aproximativamente aquél le señaló para necesitar una operacion. Puede que empiece á perturbarse la vision del campo visual correspondiente; pero fijo en la idea de que no ha llegado el tiempo desig-

nado, se aguarda, y cuando éste llega, el pterigion ha ganado ya el centro de la córnea; hecha la operacion, entónces no puede asegurarse que dejen de quedar como vestigio opacidades en esta membrana. No hace mucho, tuve ocasion de observar el caso que sigue:

Observacion 12.ª Ruperto Rodriguez, de 49 años de edad, labrador, y residente en Pueblanueva, se presentó en mi consulta de enfermedades de los ojos, en la provincia de Toledo, siendo inscrito en el núm. 964. Este enfermo presentaba en la córnea del ojo derecho, abusos múltiples, ó sea una queratitis supurativa que le privaba casi por completo de la vision. En el ojo izquierdo se veía un pterigion, en extremo desarrollado, de un espesor considerable, y que se extendia á una parte del hemisferio lateral de la córnea, ocasionándole gran incomodidad. Interrogándole, nos dice que habia estado en Madrid con objeto de operarse hace tres meses, cuando apénas le incomodaba la afeccion: que habiendo consultado á un facultativo, éste le dijo que no estaba de operar, y que aún tardaria algun tiempo: que confiado se volvió á su país, y aunque al mes empezó á incomodarle, no puso atencion, puesto que se le dijo tardaria algun tiempo en necesitar operacion. Molestándole ya considerablemente, y estorbándole bastante para ver, se decidió á consultarnos; y en el exámen que hicimos, encontramos lo que ántes dejamos expuesto, un pterigion de casi todo el hemisferio lateral interno, y que parecia haberse desarrollado totalmente en el espacio de dos meses.

La circunstancia de haber encontrado tantos casos de pterigion en la provincia de Toledo, me incita á asegurarme en la idea de que procede de una úlcera; por más que muchas veces no se aperciban de ello los enfermos. Los individuos afectados han sido labradores ó labradoras, pobres en su mayoría, y por consiguiente poco dispuestos á prestar atencion á una ulcerilla que les molestase ligeramente; de aquí que aseguren no haber tenido la menor incomodidad hasta la época en que el pterigion les llamó la

atencion por su progreso sobre la córnea, perturbando la vision.

Hemos notado, y no encontramos cómo explicarlo, que el pterigion no haya tenido lugar en ningun niño, siendo así que las úlceras no dejan de ser frecuentes tambien en esta edad. No le hemos visto ocupar la parte externa de la córnea aisladamente, más que dos veces: siempre que ha ocupado esta region, ha sido doble, es decir, interno y externo en un mismo ojo. Es notable por la extension que ocupaba, el caso que sigue:

Observacion 13.ª Pedro Juarez, natural de Espinosa del Rey, labrador, de 73 años de edad, y de regular constitucion, se presentó á mi consulta el dia 20 de Mayo de 1874, acusando la pérdida casi completa de la vision de ámbos ojos. Examinándole, encontramos ámbas córneas cubiertas de una capa membranosa tal, que nos tuvimos que hacer fuerza para creer que fuese debido á la afeccion que nos ocupamos, y no nos hubiéramos persuadido de ello, si esa capa membranosa no hubiese estado más estrecha hácia el centro de la córnea donde se habian unido los dos vértices del pterigion. Invertidos los párpados, no encontramos señales de ninguna afeccion granulosa, que fué de lo que á primera vista nos pareció se trataba. Tres pueden decirse son los métodos empleados para la operacion del pterigion: primero,—la simple excision de todo él, ó de su porcion querática: segundo,—el desprendimiento, la division en dos partes siguiendo la direccion de sus fibras, y la fijacion de cada una por medio de un punto de sutura: tercero,—la extrangulacion por medio de un hilo, despues de desprenderlo hasta la base.

Cualquiera de los tres métodos es capaz de hacer desaparecer una de las afecciones ménos graves, salvo casos excepcionales, cual es el pterigion; no obstante, si deseamos tener presente uno de los requisitos más indispensables en cirugía, la brevedad, sin perjudicar los otros, hemos indudablemente de dar la preferencia á la simple excision. ¿A qué pues, prolongar la incomodidad, por no de-

cir el martirio del enfermo, practicando la division é implantacion de las dos partes, si la simple incision nos ahorra algunos segundos que en el enfermo son horas de sufrimiento? ¿A qué esperar que la parte desprendida muera por extrangulacion, despues de algunos dias, si instantáneamente las tijeras pueden hacer esa operacion? Pruébense ámbos métodos como un lujo operatorio que en casos que omito mencionar sólo pueden tener aplicacion, y recúrrase á la simple excision, si queremos ahorrar tiempo y molestias al enfermo. Para practicarla, se suelen valer algunos operadores de una aguja enhebrada, que despues de pasada por bajo del pterigion, y hácia su parte média, se separa sirviéndose del hilo para precisar mejor las incisiones en la córnea. Nosotros pasamos á aprisionarle directamente con unas pinzas de fijar, provistas de resortes, y acto contínuo le separamos de la córnea, sirviéndonos de las tijeras curvas que se usan en la estrabotomía; una vez separado hasta la base, se hace la seccion, teniendo cuidado de respetar la carúncula, para evitar una deformidad que afea no poco: el tratamiento de la córnea despues de la operacion, no es ni más ni ménos que el de una queratitis traumática.

Terminaré exponiendo por más que no le conceda otro mérito que una simple curiosidad, la estadística del pterigion en los mil enfermos asistidos en mi consulta de enfermedades de los ojos en la provincia de Toledo, durante los meses de Marzo, Abril y Mayo. En mil enfermos, hubo 77 afectados de pterigion; 12 le tuvieron en el ojo derecho exclusivamente: y 20 en el derecho é izquierdo al mismo tiempo. El ojo izquierdo fué afectado exclusivamente quince veces. Si nos fijamos en las edades, advertimos, que de 80 á 70 años, hubo un solo caso; 10 de 70 á 60; 17 de 60 á 50; 13 de 50 á 40; 5 de 40 á 30; y en las tres decenas que faltan, ninguno.

Por lo que vemos, el pterigion no es patrimonio de los primeros años de la vida, lo cual no debe estrañarnos, si tenemos en cuenta que la edad predispone á la degeneracion de los tejidos.

Hé aquí las conclusiones que podemos sacar de las observaciones que hemos comentado:

1.ª Las afecciones relativas á la refraccion del ojo, y muy especialmente al astigmatismo, deben tener una importancia superior á la que generalmente se les dá; no pocos enfermos, sujetos por largo tiempo á un tratamiento general ó local, á causa de las ambliopías que acusan, pudieran curarse con sólo el uso de determinados cristales; á los que éstos no le devolviesen la agudeza visual perfecta, conociendo que es un vicio de la refraccion incorregible, no se les atormentaría con tratamientos por lo general dolorosos é inútiles.

2.ª Si es verdad que las afecciones del fondo del ojo no pueden diagnosticarse sin el auxilio del oftalmoscopio, hay algunos casos, como la atrofia progresiva de la pupila, y muy especialmente la embolía de la arteria central, cuyo diagnóstico puede casi hacerse con el exámen de los síntomas funcionales solamente.

3.ª El empleo de la atropina; no obstante, su extensa aplicacion en manos no prácticas suele ser nocivo.

4.ª Innumerables han sido los medios adoptados para combatir las granulaciones conjuntivas: las cauterizaciones, que dispuestas con mesura están indicadas, cuando presentan un carácter agudo deben proscribirse las más de las veces en el estado crónico, porque hemos observado dejan más ciego que el abandono de la enfermedad, ó sea la ausencia de todo tratamiento. Para el estado crónico y en determinadas circunstancias, aconsejamos la excision del fondo de saco óculo-parpebral, por ser el sitio donde germinan las granulaciones al abrigo de todos los cáusticos.

5.ª Para precaver los males que ocasiona en el ojo la pústula maligna cuando se localiza en los párpados ó regiones inmediatas, debe recurrirse á la oclusion de aque-

llas, y, si no fué practicada á su tiempo, la deformidad que exista puede corregirse por medio de la autoplastia.

6.ª El pterigion es una afeccion benigna, si se trata á tiempo; pero de un pronóstico poco favorable, con respecto á la agudeza visual, si se recurre tarde al tratamiento; siendo, pues, muy variable el tiempo que necesita para su desarrollo, no debe aguardarse á que se manifieste, sino que al iniciarse, debe combatirse, tanto más cuanto que los resultados son más satisfactorios.

He dicho.



